

総合病院 厚生中央病院 御中

報告日: 年 月 日

② 服薬情報提供書(トレーシングレポート) <一般用> 送付枚数: 計 枚

担当医・主治医・処方医 科 医師 宛て	保険薬局(名称)
厚生中央加付番号:	住所:
患者名:	電話番号: ハイフンなし FAX番号:
	担当薬剤師: 様
本情報を伝えることについて、当該患者もしくは家族等の同意の有無(同意の取得を原則としてください) <input type="checkbox"/> 同意を得た(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等()) <input type="checkbox"/> 同意を得ていない <input type="checkbox"/> 担当薬剤師の判断により報告(理由:)	

以下のとおり、ご報告いたします。

処方箋発行日: 年 月 日
内容の分類 <input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬提案 <input type="checkbox"/> 患者の訴え(アレルギー情報等) <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案(上記以外) <input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い(※) <input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス)とそれに関する指導内容 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報 <input type="checkbox"/> その他 (詳記:)
上記内容詳細
保険薬剤師としてのご提案事項

- ※ 緊急性があるものは、疑義照会に対応し、患者の状況に応じて受診勧奨をしてください。
- ※ 残薬調整に関するトレーシングレポートは別途書式を用意しておりますので、そちらにご記入ください。

厚生中央病院 薬剤部 記載欄

受領・確認日: 20 年 月 日	対応日: <input type="checkbox"/> 左記同日 · 年 月 日	対応者
<input type="checkbox"/> 本件についてカルテ記載をした <input type="checkbox"/> 処方医に口頭伝達した <input type="checkbox"/> 確認しました	<input type="checkbox"/> 病状の評価により悪化時は受診勧奨を願います <input type="checkbox"/> 適切な吸入デバイスのご提案を願います <input type="checkbox"/> 定期的なご確認をお願いいたします	
その他: <input type="checkbox"/> 次回は疑義照会にてご対応ください。 <input type="checkbox"/> 添付資料あり <input type="checkbox"/> 本書は新しい様式に更新していますので次回は新しい様式でご記入ください。		

保険薬局FAX番号確認: HP 電話連絡 登録薬局